



**FORMULAIRE  
DEMANDE D'INSCRIPTION**

N° document: 300-01  
Classeur : FOR  
Version : 4  
Page : 1/1

Genève le .....

**Concerne Mme, M.** : .....

Date de naissance : .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....



: .....

Actuellement :  à son domicile  
 à l'hôpital des Trois-Chênes  
 à l'hôpital Cantonal  
 autre : .....

**Personne de référence** : .....

Pour les aspects  administratifs  soins

lien de parenté: .....

curateur

autre: .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....



: .....

**Médecin traitant** : .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....



: .....

**EMS La Terrassière**  
Rue de la Terrassière 7  
1207 Genève  
Téléphone 022 718 62 00  
Fax 022 718 62 82  
e-mail: [info@ems-laterrassiere.ch](mailto:info@ems-laterrassiere.ch)  
site web [www.ems-laterrassiere.ch](http://www.ems-laterrassiere.ch)

Rédaction: FN/CR/CG  
Responsable : LG

Validation: SD/LG

Date de validation: 5.03.2008  
Date de mise à jour: 19.09.2022

P:\QUALITE\3-REALISATION\300-Accueil d'un résidant\300-01 Formulaire demande d'inscription.docx